|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **POLİMER MALZEME MÜH. BÖLÜMÜ TEST/CİHAZ KULLANIM TALEP FORMU** | | | |
| Talep Edenin (Öğretim Elemanı)  Adı Soyadı İmzası  İletişim Bilgisi (Telefon Numarası) |  | | |
|
|
| Numune Sayısı ve Numune Bilgisi (İçeriği, Çözücü, vb.) |  | | |
|
|
| Hangi amaçla yapıldığı (TÜBİTAK, BAP, Tez Çalışması vb.) |  | | |
|
|
| Analiz Bilgisi  (Kullanılan Cihaz ve Method vb.) |  | | |
|
|
| Analizin Yapılış Tarihi ve Saati |  | | |
|
|
| **Not:** Haftada **en fazla 5 numune** test edilebilir.​ | | | |
| Kullanıcı (Öğrenci)  Adı Soyadı İmzası  İletişim Bilgisi (Telefon Numarası) |  |  |  |
|
|
|
|
| **AÇIKLAMALAR** | | | |
| **UV-Vis-NIR** | | | |
| \*Haftada en fazla 3 analiz/ 3 Numune | | | |
| **FT-IR** | | | |
| \*ATR aparatının kristalinde oluşan zedelenmeden dolayı bu aparat yoğun kullanım için uygun değildir. Bu nedenle bu cihaz bölüm dışı gelen taleplere kapatılmıştır. | | | |
| **Not:** Sarf gerektiren cihazların sarf ihtiyaçları talep eden kişiler tarafından temin edilecektir. Analiz tarihinden en az 10 gün önce analiz başvurusunda bulunmanız gerekmektedir. | | | |